ROCZNIKI PSYCHOLOGICZNE / ANNALS OF PSYCHOLOGY
2015, XVIII, 3, 277-293

JADWIGA MAŁGORZATA RAKOWSKA
AGATA DZIURSKA
URSZULA ZIĘTALEWICZ
PIOTR PAWŁOWSKI
RADOSŁAW TWORUS
Uniwersytet Warszawski
Wydział Psychologii

MODYFIKOWANIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM METODĄ ZAPOBIEGANIA NAWROTOM OBJAWÓW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Celem niniejszego artykułu jest znalezienie odpowiedzi na dwa pytania natury praktycznej dotyczące skuteczności psychoterapii przez odwołanie się do wyników badań. Pytania te są następujące: (1) w przypadku jakich zaburzeń psychicznych istnieje potrzeba zwiększania umiejętności radzenia sobie ze stresem w celu zapobiegania nawrotom objawów? (2) na czym to zwiększanie umiejętności miałoby polegać. Przegląd badań odnoszących się do skutków odroczonych psychoterapii pokazał, że – po pierwsze – badania dotyczą wyłącznie zaburzeń depresyjnych, a po drugie – że uczenie różnych umiejętności poznawczych i behawioralnych jest skuteczne w zapobieganiu nawrotom tych zaburzeń. Z kolei przegląd badań dotyczących udziału stresu w etiologii zaburzeń psychicznych pokazał, że w przypadku trzynastu zaburzeń ma on potwierdzenie empiryczne. Teoretyczna literatura kliniczna sugeruje, że przyczynia się on do wywołania objawów w przypadkach większej liczby zaburzeń. Na podstawie przeglądu badań dotyczących radzenia sobie ze stresem u reprezentantów ogółu dorosłych doświadczających sytuacji stresowych lub wydarzeń urazowych ustalono, na czym polega efektywne radzenie sobie ze stresem. Jak się okazuje, jest to umiejętność polegająca na dostosowywaniu odpowiednich strategii radzenia sobie ze stresem – spośród tych nastawionych na wyeliminowanie stresora lub tych nastawionych na złagodzenie negatywnych emocji związanych ze stresem – do stopnia kontroli nad sytuacją stresową. Uczenie tej umiejętności w psychoterapii wydaje się obiecującą metodą zapobiegania nawrotom objawów zaburzeń psychicznych, których powstanie jest związane ze stresem.

Słowa kluczowe: radzenie sobie ze stresem, psychoterapia, zapobieganie nawrotowi objawów zaburzeń psychicznych.

Adres do korespondencji: JADWIGA MAŁGORZATA RAKOWSKA – Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa; e-mail: jadwiga.rakowska@psych.uw.edu.pl

WPROWADZENIE

Teoria wyjaśniająca etiologię zaburzeń psychicznych (Bennett, 2003) zakłada, że podatność na zaburzenia i choroby psychiczne jest zdeterminowana przez trzy grupy czynników: (1) biologiczne (wyposażenie genetyczne, które tworzy podatność na wystąpienie zaburzeń, infekcje wirusowe mózgu i uszkodzenia mózgu wpływające na biochemiczne działanie mózgu); (2) psychologiczne (nieadaptacyjne poznawcze reakcje na negatywne wydarzenia w otoczeniu społecznym, spowodowane np. traumą w dzieciństwie); (3) społeczne (stres będący następstwem trudności w relacjach z bliskimi, brak wsparcia społecznego lub trudności ekonomiczne).

To, czy rozwinie się zaburzenie, zależy od tego, czy działają stresory w rodzinie lub dalszym otoczeniu społecznym, i od tego, czy osoba, na którą działają, ma psychiczne i społeczne zasoby, aby poradzić sobie ze stresem. Z teorii tej wynika wniosek, że można zabezpieczyć osoby z podatnością genetyczną i narażone na działanie stresorów w środowisku społecznym przed wystąpieniem objawów zaburzeń przez uzupełnienie deficytów w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Terapeuci poznawczo-behawioralni starają się zapobiegać nawrotom objawów, ucząc pacjentów, jak mogą rozpoznać wydarzenia zagrażające nawrotem i jak mają wtedy zareagować (Larimer, Palmer i Marlatt, 1999). Terapeuci strategiczni starają się zapobiegać nawrotom problemu, ucząc pacjentów pozytywnego stosunku do tymczasowego nawrotu, wzmacniając zarówno wiarę w możliwość samodzielnego rozwiązania kolejnego problemu, jak i kontrolę nad zachowaniem utrzymującym problem (Rakowska, 2000). Teorie innych podejść w psychoterapii, jak zorientowane psychoanalitycznie, humanistyczne, systemowe (inne niż terapia strategiczna), nie zajmują się kwestią zabezpieczania pacjentów przed nawrotem objawów zaburzeń.

Celem niniejszego artykułu jest poszukiwanie odpowiedzi na dwa pytania natury praktycznej dotyczące skuteczności psychoterapii przez odwołanie się do wyników badań. Pytania te są następujące: w przypadku jakich zaburzeń psychicznych istnieje potrzeba zwiększania umiejętności radzenia sobie ze stresem w celu zapobiegania nawrotom objawów oraz na czym to zwiększanie umiejętności ma polegać.

Przeprowadzono przegląd badań w zakresie skutków odroczonych psychoterapii, udziału stresu w etiologii zaburzeń psychicznych oraz radzenia sobie ze stresem przez reprezentantów ogółu dorosłych doświadczających sytuacji stresowych i wydarzeń urazowych. Przeszukano bazy artykułów psychologicznych

EBSCO (m.in. Academic Search Complete, Health Source, MEDLINE, PsycARTICLES). Uwzględniono dane za lata 1900-2014.

DEFINICJE PODSTAWOWYCH POJĘĆ

Stres jest definiowany jako reakcje fizjologiczne i psychiczne na ocenę – z jednej strony – wymagań ze strony otoczenia w kategoriach straty, zagrożenia lub wyzwania, a z drugiej strony – dostępnych zasobów niezbędnych do spełnienia wymagań jako niewystarczających (Lazarus i Folkman, 1984).

Stresor jest rozumiany jako wybiórcze naciski ze środowiska fizycznego i społecznego, które zagrażają organizmowi lub stanowią dla niego wyzwanie i wywołują kompensacyjne wzorce reagowania (Weiner, 1991). W ujęciu systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5 i badań nad udziałem stresu w etiologii zaburzeń psychicznych niżej przedstawionych stresorami są: (1) wydarzenia urazowe, które obejmują (a) wydarzenia zagrażające życiu i (b) wydarzenia zagrażające zdrowiu; (2) sytuacje stresowe, które obejmują (a) wydarzenia zagrażające zaspokojeniu potrzeb materialnych, (b) wydarzenia zagrażające zaspokojeniu potrzeb interpersonalnych, (c) codzienne trudności wywołujące poczucie zagrożenia; (3) wydarzenia wymagające przystosowania się do nowych wymagań; (4) doświadczenie krzywdy; (5) utrata osoby znaczącej; (6) brak zaspokojenia istotnych potrzeb psychicznych i (7) przedmiot fobii.

Radzenie sobie ze stresem jest definiowane jako aktywności podejmowane w celu usunięcia doznania stresu przez eliminowanie stresora lub obniżanie negatywnych emocji związanych ze stresem (Lazarus i Folkman, 1984). Można wyróżnić styl radzenia sobie ze stresem, co oznacza stałą dyspozycję osoby do radzenia sobie w określony sposób z sytuacjami stresowymi, i strategie radzenia sobie ze stresem – poznawcze i behawioralne sposoby stosowane przez nią w określonej sytuacji stresowej (Lazarus i Folkman, 1984).

Efektywne radzenie sobie ze stresem jest definiowane jako (1) zdolność do przezwyciężenia negatywnych zdarzeń (doświadczenie stresu i powrót do psychologicznego stanu normalnego funkcjonowania), (2) zdolność do niedoznawania stresu mimo działania stresora lub (3) zdolność do wzrostu potraumatycznego (Masten, 2009). Wzrost potraumatyczny oznacza pozytywną zmianę sposobu rozumienia świata, celu i znaczenia osobistej egzystencji w wyniku doświadczenia wydarzenia urazowego (Tedeschi i Calhoun, 2004).

Nawrót objawów zaburzeń psychicznych oznacza niepowodzenie w utrzymaniu pożądanej zmiany zachowania (Dimeff i Marlatt, 1995). Innymi słowy,

oznacza to nawrót objawów po okresie ich całkowitego ustąpienia lub nawrót nasilenia objawów po ich częściowym, ale znaczącym osłabieniu.

ZAPOBIEGANIE NAWROTOM OBJAWÓW DEPRESJI

Badania nad skutecznością modyfikowania radzenia sobie ze stresem w zapobieganiu nawrotom objawów zaburzeń psychicznych dotyczą wyłącznie symptomów depresji. Badaniom poddano osoby z zaburzeniami depresyjnymi i z depresją podkliniczną, oznaczającą taki stan, w którym osoba przejawia objawy depresji, jednak nie spełniają one kryteriów zaburzeń depresyjnych, ale znacząco obniżają jakość życia, jednakże nie w takim stopniu, jak zaburzenia depresyjne (Cuijpers i Smith, 2008).

Wyniki tych badań potwierdzają, że istnieje potrzeba modyfikowania radzenia sobie ze stresem w psychoterapii u osób z zaburzeniami depresyjnymi lub objawami depresyjnymi. Pokazują one, że umiejętności radzenia sobie ze stresem można nabyć dwoma drogami. Badani z pierwszej grupy zdobyli poznawcze i behawioralne umiejętności radzenia sobie ze stresem przy okazji pracy terapeutycznej nastawionej na usunięcie problemów związanych z powstawaniem objawów depresji. Badani z drugiej grupy uzyskali je podczas szkoleń nastawionych na uczenie umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Modyfikowanie radzenia sobie ze stresem w psychoterapii u osób z zaburzeniami depresyjnymi

Na podstawie badań nad osobami z zaburzeniami depresyjnymi można stwierdzić, że gdy pod wpływem psychoterapii zmienia się sposób reagowania na sytuacje stresowe, po jej zakończeniu nie występują objawy zaburzeń depresyjnych. W czasie badań kontrolnych po 18 miesiącach od zakończenia terapii behawioralno-poznawczej i interpersonalnej u osób ze zdiagnozowanymi według kryteriów DSM-III zaburzeniami depresyjnymi stwierdzono, że te osoby, które umiały utrzymać pozytywną samoocenę, kontrolować objawy i nawiązywać relacje z ludźmi, nie miały objawów, nawet jeśli działały stresory w dużej liczbie i o dużej wadze w ocenie badanych. Z kolei te, które w czasie badań kontrolnych nie umiały tego czynić, miały objawy depresji na skutek działania stresorów, nawet gdy ich liczba była niewielka i w ocenie badanych miały one małą wagę (Zuroff, Blatt, Krupnick i Sotsky, 2003).

Drugie badanie nad osobami z zaburzeniami depresyjnymi pokazuje, że gdy zmiana w zakresie sposobu reagowania na sytuacje stresowe utrzymuje się po

zakończeniu psychoterapii, wtedy nie występują objawy po jej zakończeniu. Po dziewięciu miesiącach od zakończenia behawioralnego treningu rozwiązywania problemów stwierdzono, że utrzymująca się redukcja unikania konfrontacji z problemami współwystępuje z redukcją objawów depresji u osób z zaburzeniami depresyjnymi zdiagnozowanymi według DSM-IV. Zjawisko to wystąpiło w większym stopniu u osób poddanych treningowi rozwiązywania problemów niż u osób, które korzystały ze standardowej opieki medycznej, czyli otrzymywały wsparcie psychologiczne i farmakoterapię (Oxman, Hegel, Hull i Dietrich, 2008). Trening rozwiązywania problemów obejmował: definiowanie problemów, wyznaczanie osiągalnych celów, generowanie rozwiązań, ocenianie potencjalnych rozwiązań pod względem ich mocnych i słabych stron, planowanie kolejnych kroków, jakie należy podjąć w celu rozwiązania problemu, oraz zastosowanie ich w życiu. Przy uczeniu wspomagano się odgrywaniem ról.

Modyfikowanie radzenia sobie ze stresem u osób z depresją podkliniczną

Z badań nad młodzieżą i dziećmi z depresją podkliniczną wynika, że nabycie umiejętności behawioralno-poznawczych radzenia sobie ze stresem jest związane z utrzymywaniem się zredukowanych objawów po zakończeniu psychoterapii. Badania kontrolne przeprowadzono po dwunastu miesiącach od zakończenia interwencji, która polegała na uczeniu trzynastu umiejętności radzenia sobie ze stresem, w dziesięciu badaniach z udziałem dzieci i młodzieży (w wieku 8-18 lat) z objawami depresji podklinicznej. Stwierdzono, że u badanych, których uczono tych umiejętności, zmniejszyły się objawy depresji w większym stopniu niż u badanych niepoddanych tej interwencji (Brunwasser, Gillham i Kim, 2009). Uczono następujących umiejętności radzenia sobie z codziennymi wydarzeniami stresującymi: (1) zwiększania świadomości odczuwanych emocji, (2) łączenia myśli z odczuwanymi emocjami i zdarzeniami życiowymi, (3) identyfikacji stylów myślenia – optymistycznego lub pesymistycznego, (4) stylu atrybucji, (5) rozwijania elastyczności i realizmu w myśleniu – badanie alternatywnych rozwiązań i odnajdywanie dowodów wspierających interpretację, (6) spoglądania na wydarzenia z perspektywy – rozważanie konsekwencji wydarzenia z trzech perspektyw: najgorszy, najlepszy i najbardziej prawdopodobny scenariusz, (7) asertywności, (8) negocjacji, (9) podejmowania decyzji – rozważanie wad i zalet podejmowania i niepodejmowania działań, (10) wspierania podejmowania decyzji – generowanie pozytywnych i negatywnych stron podejmowania określonego działania, (11) relaksacji, (12) regulacji i kontroli emocji – zachowania spokoju

w stanie silnego wzburzenia emocjonalnego i (13) odwracania uwagi w celu powstrzymywania destrukcyjnych myśli i zwiększenia koncentracji na bieżących zadaniach.

Badania nad osobami z depresją podkliniczną pokazują, że elastyczne radzenie sobie ze stresem w połączeniu z umiejętnościami behawioralno-poznawczymi skutkuje większą redukcją objawów po zakończeniu psychoterapii w porównaniu z efektem uzyskanym dzięki samym umiejętnościom poznawczo-behawioralnym. Prawidłowość tę stwierdzono w badaniach kontrolnych po czterech miesiącach od zakończenia nauczania radzenia sobie ze stresem dorosłych z objawami depresji podklinicznej. W grupie porównawczej użyto zestawu technik poznawczo-behawioralnych. W grupie badawczej – tego samego zestawu wraz z dodatkowym, nastawionym na nauczenie elastycznego radzenia sobie ze stresem. Stwierdzono, że osoby, które uczono elastyczności w radzeniu sobie ze stresem, nabyły tę umiejętność w większym stopniu i relacjonowały słabsze objawy depresji mierzone kwestionariuszem w porównaniu z ich poziomem sprzed terapii niż osoby z grupy kontrolnej (Cheng, Kogan i Chio, 2012). Uczenie elastyczności w radzeniu sobie z stresem obejmowało (1) różnicowanie między strategiami nastawionymi na zmianę sytuacji lub na zmianę sposobu myślenia i emocji, (2) identyfikowanie stresorów ze względu na stopień ich kontrolowalności i (3) zasady dopasowywania strategii radzenia sobie w zależności od posiadanej nad stresorem kontroli – w sytuacji mało kontrolowanej stosowanie strategii radzenia sobie skoncentrowanych na zmianie własnych myśli i emocji, a w sytuacji kontrolowanej użycie strategii skoncentrowanych na zmienianiu stresora.

UDZIAŁ STRESU W ETIOLOGII ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Na udział stresu w etiologii pewnych zaburzeń psychicznych wskazują badania oraz teoretyczna literatura kliniczna. Dostarczają one podstaw do wnioskowania, że skoro stres przyczynia się do wystąpienia objawów tych zaburzeń, to zmiana w zakresie radzenia sobie ze stresem ma potencjał zapobiegania ich wystąpieniu. Owa zmiana miałaby sprawić, że człowiek przejawiający te zaburzenia, mimo działania sytuacji stresowych, nie doznawałby stresu.

Stres w etiologii zaburzeń psychicznych potwierdzony empirycznie

Badania potwierdziły udział stresu w etiologii trzynastu zaburzeń przez wykazanie (1) następstwa czasowego między zadziałaniem stresorów w postaci wydarzeń urazowych a rozwojem zaburzeń, (2) większej częstości doświadczania sytuacji stresowych lub wydarzeń urazowych przez osoby z zaburzeniami niż przez osoby z grup kontrolnych, (3) związku między nasileniem objawów zaburzeń a częstością doświadczania sytuacji stresowych oraz (4) związku między określonym zaburzeniem a wrażliwością na doznawanie stresu w reakcji na nieznaczące codzienne zdarzenia. Zaburzenia w tych badaniach zostały zdiagnozowane na podstawie wywiadów klinicznych według kryteriów określonych w systemach klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM- IV i DSM-III lub na podstawie ustrukturowanych wywiadów diagnostycznych według kryteriów określonych w systemie klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10 lub kwestionariuszy zawierających kryteria diagnostyczne zaburzeń, których badania dotyczyły.

Fakt, że udział stresu w etiologii tych zaburzeń jest udokumentowany, pozwala przypuszczać z dużym prawdopodobieństwem, że w przypadku osób przejawiających te zaburzenia ich sposób radzenia sobie ze stresem przyczynia się do wyzwolenia objawów. Z tego powodu modyfikacja radzenia sobie ze stresem w psychoterapii byłaby pomocna w zapobieganiu nawrotom objawów.

Poddanymi badaniom zaburzeniami są takie, w przypadku których (1) udział stresu w etiologii jest warunkiem koniecznym, czyli ostre zaburzenia stresowe (Classen, Koopman, Hales i Spiegel, 1998), PTSD (Classen i in., 1998; Owens i in., 2009) i zaburzenia adaptacyjne (Kumano i in., 2007), oraz takie, w przypadku których (2) udział stresu w etiologii jest czynnikiem ryzyka, czyli zaburzenia depresyjne (Mitchell, Parker, Gladstone, Wilhelm i Austin, 2003; Kendler i in., 1995; Kendler, Karkowski i Prescott, 1999; Waldenström i in., 2008; Melchior i in., 2007; Siegrist, 2008; McCauley i in., 1995), fobia społeczna (Marteinsdottir, Svensson, Svedberg, Anderberg i von Knorring, 2007; Stemberg, Turner, Beidel i Calhoun, 1995), zaburzenia pod postacią somatyczną (Imbierowicz i Egle, 2002; Kotby, Baraka, Sady, Ghanem i Shoeib, 2003), zaburzenia konwersyjne (Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene i Hoogduin, 2005), dysocjacyjne zaburzenia tożsamości (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart i Vanderlinden, 1998), zaburzenia depersonalizacji-derealizacji (Miti i Chiaia, 2003), zaburzenia dysmorficzne (Neziroglu, Khemlani-Patel i Yaryura-Tobias, 2006; Buhlmann, Marques i Wilhelm, 2012; Didie i in., 2006), bulimia (Akkermann i in., 2012), zaburzenia psychotyczne (Latester, Valmaggia, Lardinois, van Os i Myin-Germeys, 2013), bezsenność (Healey i in., 1981; Morin, Rodrique i Ivers, 2003).

Stres w etiologii zaburzeń psychicznych niepotwierdzony empirycznie

Teoretyczna literatura kliniczna sugeruje, że stres ma udział w etiologii większej liczby zaburzeń niż te, w przypadku których został on potwierdzony empirycznie. Przykładowo, system klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5 (American Psychological Association, 2013) poza trzynastoma zaburzeniami wymienionymi wyżej, w przypadku których udział stresu ma potwierdzenie empiryczne, wymienia dziewiętnaście dodatkowych.

W przypadku osób przejawiających objawy zaburzeń, w których udział stresu jest sugerowany przez teorię, można przypuszczać, że ich sposób radzenia sobie ze stresem przyczynia się do wyzwolenia objawów. Jednakże – ze względu na brak potwierdzenia w badaniach – należy traktować to przypuszczenie z ostrożnością. Potrzeba modyfikowania radzenia siebie ze stresem w psychoterapii w celu zapobiegania nawrotom objawów tych zaburzeń prawdopodobnie istnieje, chociaż nie można tego stwierdzić z pewnością.

DSM-5 podaje jako związane ze stresem takie zaburzenia, w przypadku których (1) udział stresu w etiologii jest warunkiem koniecznym, czyli reaktywne zaburzenia przywiązania u dzieci, oraz takie, w przypadku których (2) udział stresu w etiologii jest czynnikiem ryzyka, czyli (a) u dorosłych – lęk uogólniony, zaburzenia paniki, lęk przed chorobą, patologiczne zbieractwo, amnezja dysocjacyjna, zaburzenia eksplozywne, anoreksja, zaburzenia pożądania seksualnego u kobiet, zaburzenia związane z bolesnością genitalno-miedniczną/penetracją u kobiet, (b) u dorosłych, młodzieży lub dzieci – zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, fobia specyficzna, agorafobia, separacyjne zaburzenia lękowe, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia zachowania, koszmary senne, (c) u dzieci – ADHD i stereotypie ruchowe.

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM U REPREZENTANTÓW OGÓŁU DOROSLYCH

Badania nad umiejętnościami radzenia sobie ze stresem przez reprezentantów ogółu dorosłych doświadczających sytuacji stresowych dostarczają odpowiedzi na pytanie, jak modyfikować te umiejętności, aby zapobiegać nawrotom objawów zaburzeń psychicznych. Próba ta obejmuje badanych, wśród których mogą znaleźć się osoby przejawiające objawy zaburzeń psychicznych (Nietzel, Russell, Hemmings i Gretter, 1987).

Radzenie sobie ze stresem w sytuacji stresowej, która nie poddaje się kontroli

Zidentyfikowano badania, które informują, że efektywność radzenia sobie ze stresem zależy od dopasowania strategii radzenia sobie ze stresem do stopnia kontroli nad sytuacją stresową. Dotyczą one doświadczenia straty, czyli wydarzeń urazowych, nad którymi nie ma się kontroli. Pokazuje tę prawidłowość metaanaliza dwudziestu badań (Suls i Flechter, 1985), która sugeruje, że we wczesnej fazie doświadczania ostrego stresu (kiedy wpływ na sytuację stresową jest niewielki) unikanie myślenia o wydarzeniu urazowym lub sytuacji stresującej skutkuje lepiej w łagodzeniu stresu, bólu i lęku u pacjentów np. po zawale lub operacji chirurgicznej, podczas gdy podejście nastawione na rozwiązanie problemu jest bardziej efektywne w łagodzeniu stresu w późniejszej fazie (kiedy wpływ na sytuację stresową jest większy).

Podobną prawidłowość dotyczącą skuteczności radzenia sobie ze stresem w zależności od dopasowania strategii radzenia sobie ze stresem do stopnia kontroli nad sytuacją stresową pokazują kolejne badania. Analizowano w nich skuteczność strategii nastawionych na zmianę stresora lub na złagodzenie negatywnych emocji związanych ze stresem w długotrwałej sytuacji stresowej, która nie podlega zmianie. Jedno z nich dotyczy osób narażonych na chorobę popromienną, będących mieszkańcami okolicy, w pobliżu której nastąpiła awaria elektrowni jądrowej (Collins, Baum i Singer, 1983). Drugie dotyczy kobiet, które przeszły nieskuteczny zabieg *in vitro*, oraz partnerów tych kobiet (Terry i Hynes, 1998). Okazało się, że w długotrwałej i niepoddającej się kontroli sytuacji stresowej użycie strategii nastawionych na obniżenie negatywnych emocji związanych ze stresem, jak akceptacja sytuacji stresującej (Terry i Hynes, 1998) lub zmiana sposobu postrzegania problemu przez pozytywne przeformułowanie (Collins i in., 1983), zmniejszyło stres i pozwoliło na przystosowywanie się badanych do sytuacji stresowej. Z kolei użycie strategii nastawionych na rozwiązanie problemu, jak planowanie, w jaki sposób rozwiązać problem, i podejmowanie prób rozwiązania go nie zmniejszało stresu i utrudniało badanym przystosowanie się do sytuacji stresowej. Dwie ze strategii nastawionych na obniżenie negatywnych emocji związanych ze stresem okazały się nieefektywne w łagodzeniu stresu. Były nimi unikanie myślenia o problemie (Terry i Hynes, 1998) i zaprzeczanie – rozumiane jako strategia radzenia sobie ze stresem: „Nie chcę uwierzyć w to, co się dzieje” (Collins i in., 1983). Analizy przeprowadzone przez Stantona i współpracowników (2000) uzupełniają informacje dotyczące strategii nastawionych na obniżenie stresu i negatywnych emocji w badaniach omówio-

nych wyżej. Dotyczą one ekspresji i przetwarzania umysłowego negatywnych emocji u kobiet z rakiem piersi. Przetwarzanie umysłowe polega na celowym analizowaniu negatywnych emocji z intencją ich zrozumienia. W tym badaniu mierzono dystres, rozumiany jako odczuwanie negatywnych stanów emocjonalnych. Jego nasilenie oceniono, sumując nasilenie złości, depresji, napięcia, zmęczenia i zdezorientowania. Kobiety, które wyrażały negatywne emocje, odczuwały słabszy dystres, słabsze objawy uboczne leczenia medycznego, miały więcej energii w trakcie leczenia, a po jego zakończeniu ich stan fizyczny był lepszy w porównaniu z tymi, które koncentrowały się na negatywnych emocjach z intencją ich zrozumienia.

Badania nad osobami przeżywającymi żałobę po śmierci partnerów chorych na AIDS (Folkman, 1997) dostarczają dalszych informacji o skuteczności dostosowanego do stopnia kontroli nad sytuacją stresową radzenia sobie ze stresem. Dwie strategie okazały się efektywne w łagodzeniu stresu związanego ze stratą. Są nimi pozytywne przewartościowanie, które polega na przeformułowaniu znaczenia sytuacji stresowej tak, żeby zobaczyć ją w lepszym świetle, oraz skoncentrowanie na problemie, ukierunkowane na cel i polegające na wyznaczaniu sobie „małych", możliwych do zrealizowania w ciągu dnia, realistycznych celów. Obie są związane z odczuwaniem pozytywnych emocji, doświadczaniem poczucia kontroli i spełnienia. Wykazano związek między tymi strategiami, co sugeruje, że pozytywne przewartościowanie leży u podłoża koncentrowania się na codziennych problemach i rozwiązywania ich z poczuciem satysfakcji. Cztery strategie okazały się nieefektywne, ponieważ związane były z silnym stresem i negatywnymi emocjami. Są nimi trzy strategie nastawione na obniżenie negatywnych emocji związanych ze stresem. Dwie z nich polegają na unikaniu myślenia o sytuacji stresowej; są to: zachowania ucieczkowe, np. picie alkoholu, które tymczasowo poprawia samopoczucie, oraz taktyki poznawcze, np. wyobrażanie sobie, że sprawy mogłyby potoczyć się inaczej. Trzecią jest poszukiwanie wsparcia społecznego. Wiąże się ono z pogorszeniem nastroju partnera osoby umierającej w czasie opieki nad nią i w czasie żałoby po jej śmierci. Związek ten jest najsilniejszy miesiąc przed jej śmiercią. Nie jest jasne, czy poszukiwanie wsparcia prowadzi do pogorszenia nastroju, czy pogarszający się nastrój prowadzi do szukania wsparcia. Czwartą nieefektywną strategią jest obwinianie siebie za sytuację stresową.

Przekonania u podstaw radzenia sobie ze stresem w sytuacji, która nie poddaje się kontroli

Badania sugerują, że efektywność radzenia sobie ze stresem w sytuacji stresowej związanej ze stratą lub po doświadczeniu wydarzenia urazowego zależy od pozytywnej lub negatywnej konotacji uznawanych przekonań egzystencjalnych. Implikują przez to, że modyfikacja radzenia sobie ze stresem w takich sytuacjach w psychoterapii powinna uwzględniać takie przekonania.

Wyniki wyżej opisanych badań dotyczące przeżywających żałobę partnerów chorych na AIDS, którzy doświadczyli straty (Folkman, 1997), ilustrują związek między wyborem strategii radzenia sobie ze stresem a uznawanymi przekonaniami. Badani, którzy byli w stanie odczuwać pozytywne emocje, mimo żałoby po utracie partnera, wierzyli, że siła wyższa/Bóg nadaje życiu człowieka znaczenie, że życie człowieka jest częścią większego planu, częścią większej całości. Wierzyli w to, że partner po śmierci jest w lepszym i bezpieczniejszym miejscu i doświadczali z nim kontaktu. Cechowali się także tym, że uprawiali praktyki duchowe, jak uczęszczanie do instytucji związanych z religią i duchowością, medytowanie, rozmowy na tematy religijne i duchowe, czytanie literatury na ten temat oraz spotkania z duchowymi bądź religijnymi przywódcami. Tak rozumiana wiara miała związek ze stosowaniem przez badanych pozytywnego przewartościowania znaczenia sytuacji stresowej, której zmienić nie mogli, oraz z koncentrowaniem się na codziennych „małych” problemach w celu ich rozwiązania. Stosowanie tych strategii radzenia sobie ze stresem związane było z odczuwaniem pozytywnych emocji przez partnerów mężczyzn z HIV trzy miesiące i miesiąc przed śmiercią partnera, a także trzy i pięć miesięcy po jego śmierci (Moskowitz, Folkman, Collette i Vittinghoff, 1996).

Związek między przekonaniami egzystencjalnymi a efektami radzenia sobie ze stresem w postaci albo wzrostu potraumatycznego, albo objawów PTSD ilustrują wyniki badań nad ludźmi, którzy doświadczyli wydarzeń urazowych. Pokazują one, że pozytywne przekonania egzystencjalne są związane ze wzrostem potramatycznym, a negatywne z objawami PTSD. Badanie, którego wyniki potwierdzają te zależności, dotyczy osób, które doświadczyły zagrożenia śmiercią lub urazem fizycznym, brały udział w wypadku samochodowym, katastrofie naturalnej, napaści, były świadkiem poważnego urazu lub śmierci bliskiej osoby lub osoby nieznajomej bądź otrzymały informację o śmierci lub urazie osoby bliskiej, były ofiarami nadużycia psychicznego lub seksualnego w dzieciństwie lub dorosłości, przestępstwa bądź gwałtu (Gerber, Boals i Schuettler, 2011). Stwierdzono, że posiadanie wyobrażenia życzliwego Boga, poszukiwanie w nim

wsparcia, poczucie kontroli nad stresorem przez liczenie na pomoc Boga, pojmowanie stresora jako potencjalnie korzystnego, wybaczanie krzywdzącym, rozumiane jako uwolnienie się od złości i oczyszczenie z grzechów, jest związane ze wzrostem potraumatycznym. Wzrost potraumatyczny oznacza w tym badaniu (1) pozytywne zmiany w zakresie relacji interpersonalnych (poczucie, że ma się oparcie w ludziach, poczucie bliskości z nimi, chęć wyrażania emocji, przejawianie współczucia wobec ludzi, akceptacja faktu, że potrzebuje się ludzi, chęć wkładania wysiłku w budowanie relacji interpersonalnych), (2) odkrywanie nowych możliwości (rozwijanie nowych zainteresowań, planowanie nowych zamierzeń, poczucie zdolności do czynienia życia lepszym, zmienianie tego, co powinno być zmienione, poczucie, że dzięki traumie pojawiły się nowe możliwości), (3) budowanie wewnętrznej siły (poczucie, że można na sobie polegać i że jest się w stanie przezwyciężyć trudności, umiejętność zaakceptowania rzeczy takimi, jakimi są), (4) rozwój duchowości (rozumienie spraw duchowych oraz wzmocnienie wiary), a także (5) pozytywna ocena życia (postrzeganie tego, co jest w życiu ważne, nadanie wartości własnemu życiu, docenianie każdego dnia). Z kolei kwestionowanie miłości oraz mocy Boga, poczucie odrzucenia przez Boga oraz wspólnotę religijną, interpretowanie traumatycznego wydarzenia w kategoriach kary za grzechy lub jako spowodowanego przez szatana, bądź kwestionowanie istnienia Boga, sprawiedliwości oraz celu życia w reakcji na wydarzenie urazowe jest związane z objawami PTSD.

Na podstawie wyników tego badania można przypuszczać, że pozytywne przekonania egzystencjalne służą jako system odniesienia, w świetle którego można pozytywnie przewartościować negatywne znaczenie wydarzenia urazowego. Można przypuszczać dalej, że pozytywne znaczenie przypisane do wydarzenia urazowego może się przyczynić do pozytywnej zmiany w rozumieniu znaczenia osobistej egzystencji. Negatywne przekonania oznaczają brak podstaw do pozytywnego przewartościowania wydarzenia urazowego i w konsekwencji potwierdzenie negatywnego postrzegania rzeczywistości. Hipotezę wyjaśniającą rolę pozytywnego przewartościowania we wzroście potraumatycznym wspierają wyniki innych badań, podsumowane w metaanalizie.

Porównanie w metaanalizie (Prati i Pietrantoni, 2009) roli strategii radzenia sobie ze stresem jako czynników przyczyniających się do wzrostu potraumatycznego u osób doświadczających wydarzeń urazowych wskazuje na różną ich wagę. Radzenie sobie ze stresem przez odnoszenie się do pozytywnych wartości religijnych i pozytywne przewartościowanie są silnie związane z wielkością wzrostu potraumatycznego. Natomiast strategie takie, jak szukanie wsparcia społecznego i akceptacja wykazują z nim umiarkowany związek.

Wyniki badań dotyczące efektywności strategii ekspresji emocji i przetwarzania umysłowego emocji w celu ich zrozumienia w kontekście wzrostu potraumatycznego (Manne i in., 2004) uzupełniają informacje, jakich dostarczyła metaanaliza przedstawiona wyżej. W tych badaniach predyktorami wzrostu potraumatycznego u kobiet z rakiem piersi i u ich partnerów, mierzonego po upływie półtora roku od postawienia diagnozy, były odmienne strategie radzenia sobie ze stresem, zastosowane po otrzymaniu informacji o diagnozie. U kobiet predyktorem była ekspresja negatywnych emocji, a u mężczyzn – przetwarzanie umysłowe negatywnych emocji i pozytywne przewartościowanie. Wyniki tego badania z jednej strony potwierdzają efektywność ekspresji i brak efektywności umysłowego przetwarzania emocji u kobiet z rakiem piersi stwierdzonych w przedstawionych wcześniej badaniach (Stanton i in., 2000). Z drugiej zaś strony uzmysławiają, że efektywność tych trzech strategii zależy od tego, czy używa ich osoba bezpośrednio doświadczająca negatywnych konsekwencji wydarzenia urazowego, czy osoba, której one dotyczą w mniejszym stopniu.

WNIOSKI

Celem niniejszego artykułu było znalezienie odpowiedzi na dwa pytania natury praktycznej dotyczące skuteczności psychoterapii. Mianowicie, w przypadku jakich zaburzeń psychicznych potrzebne jest zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem, aby dzięki temu zapobiec nawrotom objawów, oraz na czym to zwiększanie umiejętności miałoby polegać. Odwołanie się do wyników badań dostarczyło na nie następujących odpowiedzi.

Po pierwsze, skuteczność modyfikowania radzenia sobie ze stresem w zapobieganiu nawrotom objawów depresji jest potwierdzona empirycznie, z czego wynika wskazanie dla praktyki psychoterapii, że u osób z zaburzeniami depresyjnymi lub depresją podkliniczną należy modyfikować radzenie sobie ze stresem.

Po drugie, w przypadku trzynastu zaburzeń, w których udział stresu w ich etiologii jest potwierdzony empirycznie, z dużym stopniem prawdopodobieństwa można przewidywać, że u osób przejawiających te zaburzenia, po okresie remisji objawów, wystąpią one ponownie, jeśli sposób reagowania na wywołujące je stresory pozostanie bez zmian. Wydaje się zatem zasadne sformułowanie wskazania, że w przypadku tych zaburzeń należy modyfikować radzenie sobie ze stresem w psychoterapii. Wśród tych trzynastu zaburzeń są ostre zaburzenia stresowe. W ich przypadku należy zrobić zastrzeżenie, że interwencja jest potrzebna, gdy przybiorą postać chroniczną, czyli PTSD. Badania bowiem wskazują, że

około 50% osób z objawami tych zaburzeń zdrowieje wraz z upływem czasu (Blanchard i in., 1997).

Po trzecie, w przypadku zaburzeń, w których etiologii udział stresu jest sugerowany przez teoretyczną literaturę kliniczną, można przypuszczać z mniejszym stopniem prawdopodobieństwa niż w przypadku zaburzeń, które mają udział stresu w etiologii potwierdzony empirycznie, że u osób przejawiających te zaburzenia, po okresie remisji objawów, gdy ponownie zadziałają wywołujące je stresory, przyczynią się one do wystąpienia objawów, jeśli nie zmieni się sposób reagowania na nie. W przypadku tych zaburzeń można zatem sformułować wskazanie, że należy diagnozować w psychoterapii, jak pacjenci radzą sobie ze stresem – i w zależności od potrzeb – zwiększać ich umiejętności w tym zakresie.

Po czwarte, udowodniono w badaniach, że umiejętność dostosowania strategii radzenia sobie ze stresem do stopnia kontroli nad sytuacją stresową łagodzi stres. Uczenie jej w psychoterapii wydaje się obiecującą metodą zapobiegania nawrotom objawów zaburzeń. Badania sugerują, że na tę umiejętność składa się (1) różnicowanie sytuacji stresowych poddających się kontroli i takich, których zmienić nie można, oraz (2) dostosowanie do nich strategii radzenia sobie ze stresem. W sytuacji stresowej poddającej się kontroli należy zastosować strategie nastawione na wyeliminowanie stresora, jak planowanie, w jaki sposób rozwiązać problem, i podjęcie działań w celu wyeliminowania go. Sytuacja stresowa, której nie można zmienić i która długo trwa, wymaga zastosowania strategii nastawionych na obniżenie negatywnych emocji związanych ze stresem, czyli pozytywnego jej przewartościowania i zaakceptowania, wyrażania negatywnych emocji, planowania i wprowadzania w życie „małych”, możliwych do zrealizowania w ciągu dnia celów. Przy czym unikać należy stosowania nieskutecznych w tej sytuacji strategii radzenia sobie ze stresem, czyli koncentrowania się na negatywnych emocjach, unikania myślenia o sytuacji stresowej, jeśli długo trwa, i obwiniania się za nią. W przypadku doświadczenia przez pacjentów sytuacji stresowej, której zmienić nie można, lub wydarzenia urazowego potrzebne wydaje się odniesienie do ich przekonań egzystencjalnych. Pozytywne przekonania mogą być wykorzystane do pozytywnego przewartościowania znaczenia takiej sytuacji lub takiego wydarzenia. Można przypuszczać, że z tą umiejętnością, wyniesioną z psychoterapii, pacjentom łatwiej byłoby poradzić sobie w podobny sposób z kolejną sytuacją stresową, której zmienić nie można, lub z kolejnym wydarzeniem urazowym. W przypadku stwierdzenia, że pacjenci uznają negatywne przekonania egzystencjalne, w świetle których interpretują sytuację stresową lub wydarzenie urazowe, potrzebna byłaby zmiana negatywnych przekonań

na pozytywne. Brak zmiany w tym zakresie oznaczałby bowiem brak zasobu, do którego można się odnieść w pozytywnym przewartościowaniu znaczenia takiej sytuacji lub takiego wydarzenia.

LITERATURA CYTOWANA

Akkermann, K., Kaasik, K., Kiive, E., Nordquist, N., Oreland, L. i Harro, J. (2012). The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms. *Journal of Psychiatric Research, 46*(1), 38-43.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Wyd. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bennett, P. (2003). *Abnormal and clinical psychology*. Maidenhead, UK: Open University Press.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Forneris, C. A., Taylor, A. E., Buckley, T. C., Loos, W. R. i Jaccard, J. (1997). Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress, 10*(2), 215-234.

Brunwasser, S. M., Gillham, J. E. i Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1042-1054.

Buhlmann, U., Marques, L. M. i Wilhelm, S. (2012). Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(1), 95-98.

Cheng, C., Kogan, A. i Chio, J. H. M. (2012). The effectiveness of a new, coping flexibility intervention as compared with a cognitive-behavioral intervention in managing work stress. *Work & Stress, 26*(3), 272-288.

Classen, C., Koopman, C., Hales, R. i Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry, 155*(5), 620-624.

Collins, D. L., Baum, A. i Singer, J. E. (1983). Coping with chronic stress at Three Mile Island: Psychological and biochemical evidence. *Health Psychology, 2*(2), 149-166.

Cuijpers, P. i Smith, F. (2008). Sublicinical depression: A clinically relevant condition? *Tijdschrift voor Psychiatrie, 50*(8), 519-528.

Didie, E. R., Tortolani, C. C., Pope, C. G., Menard, W., Fay, C. i Phillips, K. A. (2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect, 30*(10), 1105-1115.

Dimeff, L. A. i Marlatt, G. A. (1995). Relapse prevention. W: R. K. Hester i W. R. Miller (red.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (wyd. 2, s. 176-194). Boston: Allyn and Bacon.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine, 45*(8), 1207-1221.

Gerber, M. M., Boals, A. i Schuettler, D. (2011). The unique contributions of positive and negative religious coping to posttraumatic growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality, 3*(4), 298-307.

Hall, M., Buysse, D. J., Nowell, P. D., Nofzinger, E. A., Houck, P., Reynolds, C. F. i Kupfer, D. J. (2000). Symptoms of stress and depression as correlates of sleep in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine, 62*(2), 227-230.

Healey, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K. i Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: Role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine, 43*(5), 439-451.

Imbierowicz, K. i Egle, U. T. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain, 7*(2), 113-119.

Kendler, K. S., Karkowski, L. M. i Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry, 156*(6), 837-841.

Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C. i Eaves, L. J. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry, 152*(6), 833-842.

Kotby, M. N., Baraka, M., El Sady, S. R., Ghanem, M. i Shoeib, R. (2003). Psychogenic stress as a possible etiological factor in non-organic dysphonia. *International Congress Series, 1240*, 1251-1256.

Kumano, H., Ida, I., Oshima, A., Takahashi, K., Yuuki, N., Amanuma, M., Oriuchi, N., Endo, K., Matsuda, H. i Mikuni, M. (2007). Brain metabolic changes associated with predispotion to onset of major depressive disorder and adjustment disorder in cancer patients – a preliminary PET study. *Journal of Psychiatric Research, 41*(7), 591-599.

Larimer, M., Palmer, R. i Marlatt, A. (1999). Relapse prevention. *Alcohol Research & Health, 23*(2), 151-160.

Lataster, T., Valmaggia, L., Lardinois, M., van Os, J. i Myin-Germeys, I. (2013). Increased stress reactivity: A mechanism specially associated with the positive symptoms of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 43*(7), 1389-1400.

Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K. i Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*(3), 442-454.

Marteinsdottir, I., Svensson, A., Svedberg, M., Anderberg, U. M. i von Knorring, L. (2007). The role of life events in social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(3), 207-212.

Masten, A. S. (2009). Ordinary magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada, 49*, 28-32.

McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., i DeChant, H. K. (1995). The „battering syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of International Medicine, 123*(10), 737-746.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R. i Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine, 37*(8), 1119-1129.

Mitchell, P. B., Parker, G. B., Gladstone, G. L., Wilhelm, K. i Austin, M. P. V. (2003). Severity of stressful life events in first and subsequent episodes of depression: The relevance of depressive subtype. *Journal of Affective Disorders, 73*(3), 245-252.

Miti, G. i Chiaia, C. (2003). Patterns of attachment and the etiology of dissociative disorders and borderline personality disorder. *Journal of Trauma Practice, 2*(2), 19-35.

Morin, C. M., Rodrigue, S. i Ivers, H. (2003). Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine, 65*(2), 259-267.

Moskowitz, J. T., Folkman, S., Collette, L. M. A. i Vittinghoff, E. (1996). Coping and mood during AIDS-related caregiving and bereavement. *Annals of Behavioral Medicine, 18*(1), 49-57.

Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S. i Yaryura-Tobias, J. A. (2006). Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image, 3*(2), 189-193.

Nietzel, M. T., Russell, R. L., Hemmings, K. A. i Gretter, M. L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(2), 156-161.

Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. i Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11*(4), 711-730.

Owens, G. P., Dashevsky, B., Dashevsky, K. M., Mohamed, S., Haji, U., Heppner, P. S. i Baker, D. G. (2009). The relationship between childhood trauma, combat exposure, and posttraumatic stress disorder in male veterans. *Military Psychology, 20*(1), 114-125.

Oxman, T. E., Hegel, M. T., Hull, J. G. i Dietrich, A. J. (2008). Problem-solving treatment and coping styles in primary care for minor depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 933-943.

Prati, G. i Pietrantoni, L. (2009) Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping, 14*(5), 364-388.

Rakowska, J. M. (2000). *Terapia krótkoterminowa.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, F. C. i Hoogduin, K. A. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(8), 508-514.

Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: Evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 258*(5), 115-119.

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A. i Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 875-882.

Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C. i Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 526-531.

Suls, J. i Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology, 4*(3), 249-288.

Tedeschi, R. i Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.

Terry, D. J. i Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(4), 1078-1092.

Waldenström, K., Ahlberg, G., Bergman, P., Forsell, Y., Stoetzer, U., Waldenström, M. i Lundberg, I. (2008). Externally assessed psychosocial work characteristics and diagnoses of anxiety and depression. *Occupational and Environmental Medicine, 65*(2), 90-96.

Weiner, H. (1991). Behavioral biology of stress and psychosomatic medicine. W: M. R. Brown, G. F. Koob i C. Rivier (red.), *Stress. Neurobiology and neuroendocrinology* (s. 23-51). New York: Marcel Dekker.

Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Krupnick, J. L. i Sotsky, S. M. (2003). When brief treatment is over: Enhanced adaptive capacities and stress reactivity after termination. *Psychotherapy Research, 13*(1), 99-115.